Rapport annuel de gestion

2011 - 2012

Rapport annuel de gestion 2011-2012
Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
Adopté par les membres du conseil d'administration,
Le 13 juin 2012

Table des matières

Message du président et de la directrice générale **4**
Déclarations **5**
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion de l'établissement et des contrôles afférents 5
Rapport de la direction 5
Présentation de l'établissement **6**
La mission 6
L'entité légale et l'organigramme 6
Caractéristiques de la population et données de santé 8
Activités de l'établissement **10**
Description des services offerts 10
Les acquisitions en immobilisations en 2011-2012 11
Bilan des activités 12
Résultats 17
Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette 18
L'Agrément 19
Sécurité des soins et services 20
Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services 21
Évaluation de la satisfaction de la clientèle 22
Conseils ou comités de l'établissement créés en vertu de la Loi **23**
Liste des membres du conseil d'administration 23
Les Comités 23
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers 24
Comité Paraclinique 24
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire 25
Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 26
Comité des usagers 27
Comité de vigilance et de la qualité 28
Comité de gestion des risques 29
Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales 30
Ressources humaines de l'établissement **31**
États financiers et analyse des résultats des opérations **32**
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration **36**
Fondation de la Santé du Témiscouata **40**
Annexe A **41**

Message du président et de la directrice générale

Le conseil d'administration et la direction générale du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata vous présentent avec fierté les résultats de leur dernière année de travail. Cette année a été marquée par des changements à la gouvernance de l'établissement avec l'entrée en vigueur de la Loi 127 le 1er février 2012. En effet, à compter du 15 février 2012. M. Guy Raymond est élu à la présidence du conseil d'administration, en remplacement de M. Robert Bélanger. Nous remercions chaleureusement M. Bélanger pour son engagement et lui souhaitons une heureuse continuité dans ses projets. Au cours de l'automne 2011 et de l'hiver 2012, nous avons procédé à la mise en place d'un nouveau conseil d'administration. Près de la moitié des membres sont de nouvelles personnes, qui ajoutent leur dynamisme et leur engagement pour l'avancement de l'organisation.

La qualité des services offerts à la clientèle demeure une préoccupation constante dans l'établissement. Plusieurs dossiers ont fait l'objet d'une attention particulière à ce chapitre. En particulier le cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité adopté en avril 2010 a été révisé au cours de la dernière année. La mise en place du cadre de référence en éthique s'est poursuivie. Nous avons également débuté la planification de la prochaine visite d'Agrément Canada prévue pour mai 2013. Tout ceci s'ajoute aux efforts constants des gestionnaires, du personnel et des médecins pour assurer une prestation de services sécuritaires et de qualité au quotidien.

Nous avons procédé au cours des derniers mois à la mise à jour de la planification stratégique de l'établissement pour 2012-2015. Celle-ci devrait être adoptée par le conseil d'administration en juin prochain. Nous avons également débuté une démarche de réflexion avec l'équipe de direction conjointement avec l'équipe médicale en vue de mettre en place un véritable partenariat médico-administratif qui s'intensifiera au cours de la prochaine année.

Grâce aux efforts considérables de l'équipe de direction et de l'ensemble des gestionnaires, appuyé par le conseil d'administration, l'établissement a atteint l'équilibre budgétaire. Plusieurs projets d'optimisation sont en cours dans l'établissement et devraient atteindre leur résultat au cours de la prochaine année. Certains visent l'augmentation de l'efficience, d'autres des économies, mais tous se font dans l'optique d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services. Nous avons entre autres conclu une entente de services avec le CSSS des Basques pour le partage de la direction des ressources humaines. Cette entente ne peut qu'être favorable aux deux établissements.

Nous tenons à remercier l'équipe de direction, les gestionnaires, le personnel et les médecins pour les excellents résultats. Un remerciement particulier au comité des usagers qui a remis son surplus budgétaire de 33 300$ à l'établissement. La nouvelle année nous apportera, elle aussi, son lot de projets à réaliser et de défis à relever. Conscients de nos responsabilités, nous voulons continuer nos travaux de consolidation et d'amélioration de la qualité des services pour répondre aux besoins de la population de notre territoire. Nos valeurs de respect, de cohérence, de qualité et de transparence associées à l'esprit d'équipe, la recherche de l'équité, le sens des responsabilités et la rigueur viendront éclairer nos actions.

Nous savons également que nous pouvons nous appuyer sur un personnel et des bénévoles compétents, dévoués et engagés pour poursuivre notre mission de prévention, de soins et services et de soutien à la clientèle. Nous remercions également les partenaires qui participent à l'accomplissement de notre mission.

La directrice générale,
Thérèse Viel

Le président du conseil d'administration,
Guy Raymond

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion de l'établissement et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des contrôles afférents.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2011-2012 du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

La directrice générale,
Thérèse Viel

Rapport de la direction

Les états financiers du CSSS de Témiscouata ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dan le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information données dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisés adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Témiscouata reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandaté pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Thérèse Viel
Directrice générale

Gaston Madore
Directeur des services financiers, techniques et informationnels

Présentation de l'établissement

La mission

« Rendre accessible à la population du territoire, de façon équitable et continue, la gamme la plus complète possible de services de promotion-prévention, santé et de services sociaux de base, généraux et spécialisés. Dispenser ces services en différents lieux et le plus près possible des communautés et des milieux de vie de la MRC et ce, en complémentarité et en continuité avec les partenaires et organismes aux niveaux régional et provincial »

L'entité légale et l'organigramme

Siège social

Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	58, rue de l'Église Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) GOL 1XO	CH	Soins généraux et spécialisés 35 lits de santé physique Urgence Consultations externes

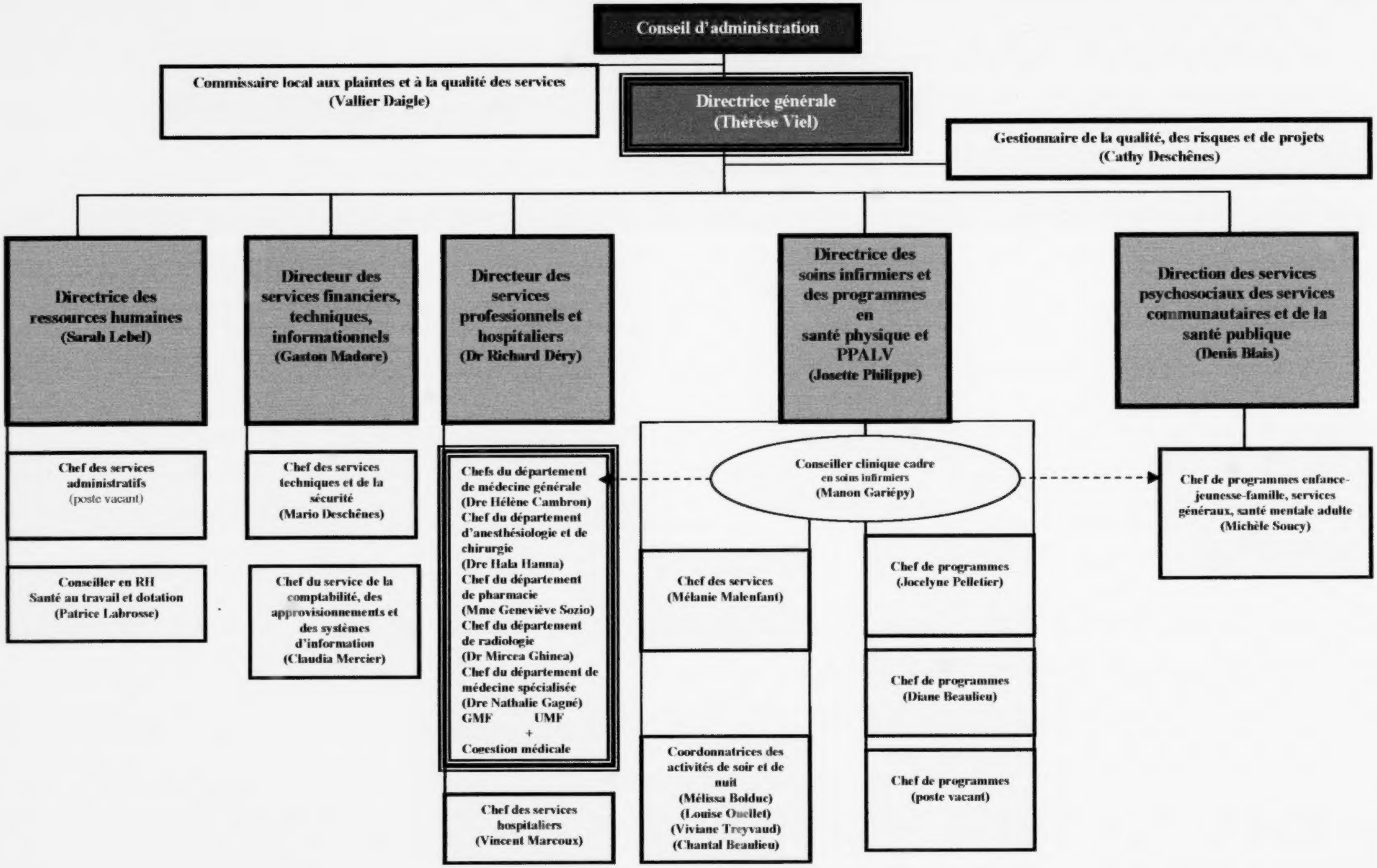
Centre d'hébergement

Centre d'hébergement de Rivière-Bleue	45, rue du Foyer Rivière-Bleue (Québec) GOL 2BO	CHSLD	43 lits d'hébergement permanent 1 lit d'hébergement temporaire
Centre d'hébergement de Squatec	10, rue Saint-André Squatec (Québec) GOL 4HO	CHSLD	23 lits d'hébergement permanent 1 lit d'hébergement temporaire
Centre d'hébergement de St-Louis-du-Ha! Ha!	25, rue Saint-Philippe St-Louis-du-Ha! Ha! (Québec) GOL 3SO	CHSLD	42 lits d'hébergement permanent 1 lit d'hébergement temporaire

CLSC

CLSC de Dégelis	103, 7e rue Dégelis (Québec) G5T 1Y6	CLSC	
CLSC de Pohénégamook	1922, rue Saint-Vallier Pohénégamook (Québec) GOL 1JO	CLSC	Urgence Consultations externes
CLSC de Cabano	33, rue Saint-Laurent Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) GOL 1EO	CLSC	
CLSC de Lac-des-Aigles	69, rue Principale Lac-des-Aigles (Québec) GOK 1VO	CLSC	
CLSC de Rivière-Bleue	45, rue du Foyer Rivière-Bleue (Québec) GOL 2BO	CLSC	
Clinique médicale de Squatec	149-B, rue Saint-Joseph Squatec (Québec) GOL 4HO	CLSC	Consultations externes

ORGANIGRAMME



Caractéristiques de la population et données de santé

	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
0-17 ans	3 659	17,3%	34 062	16,91%	19,0%
12-17 ans	1 297	6,1%	11 866	5,9%	6,5%
18-64 ans	13 077	61,9%	126 667	62,9%	64,8%
12 ans et plus	18 757	88,8%	179 140	89,0%	87,5%
65 ans et plus	4 383	20,8%	40 607	20,2%	16,2%
75 ans et plus	1 913	9,1 %	18 231	9,1%	7,2%
0-4 ans	942	4,5%	9 474	4,7%	5,5%
5-9 ans	1 024	4,8%	9 122	4,5%	5,0%
10-19 ans	2 151	10,2%	19 990	9,9%	11,0%
20-29 ans	2 124	10,1%	22 293	11,1%	12,8%
30-39 ans	2 104	10,0%	22 000	10,9%	13,6%
40-49 ans	2 678	12,7%	25 331	12,6%	14,1%
50-64 ans	5 713	27,1%	52 519	26,1%	21,7%
65-74 ans	2 470	11,7%	22 376	11,1%	9,1%
75-84 ans	1 372	6,5%	12 507	6,2%	5,1%
85 ans et plus	541	2,6%	5 724	2,8%	2,1%
Total	21 119	100%	201 336	100%	100%
Naissances (2008)	175		1 880		87 865
Décès (2007)	209		1 734		56 748

Déterminants de l'état de santé	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) [5]	5 958	33,8 %	55 727	33,9 %	32,8 %
Fumeurs réguliers et occasionnels[5]	4 560	24,0%	38 620	22,1 %	24,4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion	3 853	25,2 %	26 728	19,0 %	20,5 %
Périnatalité	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Mère – âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité / naissances totales	17	9,7 %	127	6,8 %	5,3 %
Mère – 10 ans et - de scolarité / naissances totales	18	10,3 %	149	7,9 %	6,2 %
Jeunesse	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Signalements reçus / Total jeunes 0-17 ans	246	6,7 %	2 118	6,2%	5,0 %
Négligence et risque de négligence	44	51,8 %	310	40,8 %	43,9 %
Jeunes suivis à l'application des mesures / total jeunes 0-17 ans	82	2,2%	663	1,9 %	1,4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA / total jeunes 12-17 ans	34	2,6 %	343	2,9 %	1,4%
Problèmes de santé et maladies chroniques	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté moyen sur 100 000 hab.)[14]					
Incidence du cancer du sein (moyenne 2004 à 2006)	21	168,0	168	146,6	133,5
Incidence du cancer du poumon (moyenne 2004 à 2006)	23	90,8	216	94,1	90,0
Incidence du cancer de la prostate (moyenne 2004 à 2006)	14	111,5	118	111,8	124,6
Incidence du cancer colorectal (moyenne 2004 à 2006)	18	69,7	170	73,2	68,7

Maladies chroniques (0/0)[5]					
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 420	23,3 %	39 790	22,8 %	24,7 %
Prévalence de l'hypertension	3 620	19,1 %	32 810	18,8 %	15,1 %
Prévalence de l'arthrite /rhumatisme	3 490	18,4 %	28 020	16,1 %	14,1 %
Prévalence de l'asthme	1 450	*6,8%	14 940	8,6%	8,6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 200	*6,0%	11 880	6,8%	5,1%
Prévalence du diabète (20 ans et plus)[3]	1 332	6,3%	12 446	6,3%	7,6%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	860	*4,5%	6 010	3,5%	3,3%

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Santé physique	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)		96,7%		79,2 %	

Personnes de 65 ans et plus	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs)[16]	2 696	63,3%	22 951	58,6 %	44,6 %
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale [4]	478	10,9%	4 425	10,9%	-
Personnes vivant en ménages privés [2]	3 330	[illegible]%	28 860	84,5%	90,5%

Personnes de 75 ans et plus	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Taux d'hospitalisation toutes causes de courte durée[15]		36,6 %		34,8 %	31,1 %

Mortalité prématurée (moins de 75 ans)[6]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2005 à 2007)	5	6,8 %	43	6,6 %	5,7 %
Appareil respiratoire (moyenne pour 2005 à 2007)	5	6,8 %	34	5,3 %	5,5 %
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2005 à 2007)	3	4,1 %	21	3,2 %	3,5 %

Lexique

IMC : Indice de masse corporelle
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
RLS : Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
BSL : Bas-St-Laurent
QC : Québec

Source de données

[2] Statistique Canada, Recensement de 2006
[3] Institut national de santé publique du Québec, données de 2008-2009
[4] Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-St-Laurent, 2009-2010
[5] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
[6] MSSS, Fichier des décès, 2005-2007
[14] MSSS, Fichier des tumeurs, 2004 à 2006
[15] MSSS, Fichier Med-Echo, 2008-2009
[16] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2010

Activités de l'établissement

Description des services offerts

- Services en CLSC :
  - Les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation (Santé et social);
  - Les services médicaux et soins infirmiers courants;
  - Les services en jeunesse-enfance-famille;
  - Les services d'organisation communautaire;
  - Les services de soutien à domicile;
  - Des services de garde psychosociale.

- Services hospitaliers et Urgences :
  - Des services d'anesthésie, de chirurgie générale et dentaire;
  - Des services diagnostiques;
  - Des services de médecine interne;
  - Des services d'urgence médicale et d'observation 24 heures;
  - Des services d'obstétriques;
  - Des services de médecine de jour;
  - Des services de pédiatrie;
  - Des services de courte durée gériatrique;
  - Des services de soins coronariens et intensifs;
  - Des services d'oncologie;
  - Des services de consultation médicale et spécialisés;
  - Des services de pharmacie;
  - Des services de vaccination de voyageurs;
  - Des services médicaux sur-spécialisés.

- Services ambulatoires :
  - Des services de réadaptation;
  - Des services d'inhalothérapie;
  - Des services de nutrition.

- Services régionaux :
  - En déficience intellectuelle;
  - En déficience physique;
  - En protection de la jeunesse;
  - En alcoolisme et toxicomanie.

- Services régionaux hors MRC;

- Services d'hébergement de longue durée;

- Ressources intermédiaires, Ressource intermédiaire spécialisée;

- Centre de jour;

- Clinique médicale & Groupe de médecine familiale (GMF);

- Santé au Travail;

Les acquisitions en immobilisations en 2011-2012

Au cours de l'exercice 2011-2012, le projet de rénovations fonctionnelles pour le Groupe de Médecine Familiale (GMF) à l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac et celui au CLSC de LDA ont été finalisés. Les services concernés peuvent dorénavant être dispensés dans des locaux plus fonctionnels et mieux adaptés aux besoins dans chacun de ces deux endroits.

La mise en place de la politique sur la gestion des espaces de stationnement a nécessité des investissements de l'ordre de 24 600$ pour l'achat et l'aménagement du guichet de paiement à l'Hôpital ainsi qu'au niveau de la signalisation. Des travaux importants ont également été réalisés pour mettre aux normes la centrale de distribution de l'oxygène à l'Hôpital. L'établissement est en démarche pour finaliser la vente d'un bâtiment excédentaire soit le Centre Janelle à Rivière-Bleue.

L'établissement a acquis pour le département de la pharmacie une ensacheuse automatisée qui permet l'ensachage des médicaments en mode uni-dose et multi-doses.

Le CSSS a également procédé au renouvellement de divers équipements médicaux et non médicaux ainsi qu'au remplacement des ordinateurs en respect des plans triennaux adoptés par le Conseil d'administration en cours d'année.

Bilan des activités

Pour une meilleure ACCESSIBILITÉ nous avons ...

- Inauguré le site de consultation du Groupe de Médecine Familiale (GMF) à l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac.
- Inauguré des nouveaux locaux au CLSC de LDA; travaux ayant permis d'augmenter la superficie locative de l'ordre de 25%.
- Mis en place le dépistage de la clientèle de 75 ans et plus à risque de décompensation dans les urgences et dans le GMF (outil Prisma 7).
- Révisé la trajectoire de service pour la clientèle aux prises avec des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et consolidé le programme de diabète.
- Signé une entente de services avec le CSSS de Mitis pour l'inscription des clientèles vulnérables dans le programme d'info santé web favorisant une meilleure prise en charge à domicile.
- Réévalué les besoins des clients (profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie) sur le territoire résidant dans les ressources intermédiaires et dans nos centres d'hébergement. Cet outil facilite l'identification du niveau d'expertise, le nombre d'heures de soins et la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle
- Poursuivi le développement du programme de lutte contre le cancer;
- Consolidé l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en première ligne;
- Poursuivi l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).
- Optimisé les revenus au niveau des activités accessoires (tarification du stationnement) afin de protéger la dispensation des services à la clientèle dans le contexte des mesures d'optimisation à mettre en place pour assurer l'équilibre budgétaire de l'établissement.
- Prolongé la durée du service d'imagerie médicale au site hospitalier du CSSS. Les travaux préparatoires réalisés en 2011-2012 ont permis d'implanter le premier avril 2012, une extension des services de radiologie en soirée, soit jusqu'à 21 h 30.
- Révisé l'offre de service du laboratoire du site hospitalier du CSSS. Le service est actuellement couvert de 7 h à 23 h. Cela a permis de rendre les résultats d'examens urgents disponibles beaucoup plus tôt le matin, de faciliter le travail sur les unités de soins et à l'urgence. Cela favorise aussi la diminution de la durée de séjour à l'urgence et la réduction des longs séjours (les séjours de 24 et 48 heures).
- Restructuré complètement les tâches des infirmières en milieu scolaire pour offrir d'avantage d'activité de prévention/promotion en respectant l'approche école en santé.
- Révisé l'organisation de la vaccination scolaire.
- Amélioré des mécanismes de transfert des clientèles ayant des problèmes de santé mentale graves (suivi intensif (SI), suivi intensif variable (SIV)).
- Déployé l'offre de service en dépendance.
- Signé 2 ententes avec les partenaires du centre de réadaptation l'Estran et de la commission scolaire du Fleuve et des Lacs dans le cadre de l'offre de service en dépendance.
- Redéfini la carte territoriale pour les services en périnatalité.
- Créé une offre de service pour l'établissement de cliniques jeunesse dans chacune de nos écoles secondaires.
- Déployé le plan d'action sur les saines habitudes de vie et les maladies chroniques.
- Adopté la politique sur l'allaitement maternel et l'établissement des haltes allaitement dans le cadre de notre démarche d'accréditation pour devenir un établissement reconnu « amis des bébés ».

- Participé, en collaboration avec les CSSS de la région, à l'organisation et la tenue d'un événement marquant pour l'attraction de la main d'œuvre aux emplois reliés au domaine de la santé. (Journée Carrière en Santé)
- Consolidé les liens avec les établissements d'enseignement pour l'accueil de stagiaires dans les différents secteurs d'activités (30 stagiaires au total).

Offert de la formation **:**

- Triage à l'urgence
- Ordonnance collective
- Sur l'offre de service en dépendance
- Sur les meilleures pratiques en intervention auprès d'une clientèle à risques suicidaires
- L'entretien motivationnel

Pour continuer d'améliorer l'ACCESSIBILITÉ nous prévoyons en 2012-2013 ...

- Devenir un CSSS amis des aînés en poursuivant la mise en place des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans chaque territoire du CSSS (RSIPA).
- Poursuivre l'harmonisation des services reliés aux maladies chroniques dans un continuum de services intégrés dans le volet des maladies coronariennes artério-sclérotiques (MCAS) et de l'asthme.
- Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches;
- Poursuivre les démarches pour atteindre les cibles ministérielles sur la proportion des personnes rejointes par des services de soutien à domicile dans les différentes clientèles et sur l'intensité des services.
- Assurer un continuum de dispensation de services en soins palliatifs de fin de vie dans notre territoire, quel que soit le lieu de dispensation des services en favorisant le soutien à domicile et en consolidant le cadre de référence en soins palliatifs.
- Procéder à une analyse complète de la trajectoire du client nécessitant une chirurgie afin d'assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostics à l'aide du soutien du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).
- Réduire la durée moyenne de séjour à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale;
- Produire le plan directeur clinique immobilier présentant les scénarios immobiliers en relation avec les orientations et les besoins cliniques dans les années futures;
- Déployer le système d'information concernant le suivi systématique au niveau des maladies chroniques;
- Développer des tests de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), des PAP tests et intégration de nos cliniques jeunesses à l'aide des IPS.
- Revoir l'offre de services en réadaptation et en nutrition.
- Suivre l'avancement du dossier GMF au CLSC de Pohénégamook. L'équipe médicale desservant le site CLSC de Pohénégamook a déposé à l'Agence de santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent une demande d'accréditation d'un GMF en vue de participer à cette modalité de dispensation des services. Cela s'inscrit dans les orientations stratégiques de favoriser la pratique

médicale en GMF et nous rapproche de la cible 2015 de 80 % de médecins pratiquant selon cette modalité.

- Assurer qu'un technologue soit formé puisqu'il y a eu acceptation d'un service de support à l'échographie. Ce service de support pourrait être disponible à compter de 2013 permettant d'effectuer éventuellement les échographies obstétricales au CSSS de Témiscouata.
- Transférer la clientèle du centre de réadaptation en déficience intellectuelle vers notre CSSS dans le cadre de la mise en place du modèle émergent.
- Déployer une offre de services pour les enfants de 0-7 ans présentant une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble envahissant de développement.
- Établir une entente avec le centre de réadaptation en déficience physique sur les mécanismes d'accès.
- Mettre en place le programme entrain en partenariat avec le Centre Jeunesse du Bas St-Laurent.
- Établir notre plan d'action locale en santé publique.

Pour une meilleure QUALITÉ nous avons ...

- Procédé, avec la collaboration de l'équipe médicale, à la mise en place du programme AMPRO (approche multidisciplinaire pour contrer les risques obstétricaux).
- Poursuivi la mise en place des recommandations des visiteurs de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec assurant ainsi une qualité de services aux clients à risque de chute ou ayant chuté et pour les clients sous surveillance des effets liés aux narcotiques et aux opiacées.
- Réalisé 75 % des recommandations des visiteurs en centre d'hébergement (Squatec et Rivière – Bleue) et avons poursuivi la mise en œuvre du plan d'amélioration continue.
- Donné différentes formations pour maintenir ou améliorer les compétences et les habiletés du personnel de soins.
- Complété le programme de préceptorat et réalisé une activité pour soutenir les infirmières auxiliaires dans les secteurs des CHSLD et de l'Hôpital.
- Évalué le programme accueil/évaluation/orientation.
- Fait un exercice de réflexion sur la supervision clinique et le rôle de la conseillère clinique.
- Effectué des travaux sur le dossier des plans d'interventions.
- Débuté les travaux de révision de notre politique sur les demandes de formation et la rétention des connaissances.
- Remplacé les moniteurs physiologiques réseautés aux soins intensifs et à l'urgence au CH.

Offert de la formation :

- Thérapie intraveineuse pour les infirmières auxiliaires
- Amis des bébés
- AGIR auprès de la personne âgée
- Approche en soins palliatifs
- Hygiène et salubrité
- Interdisciplinarité
- SMAF-OEMC (outil d'évaluation multiclientèle – système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)
- Prévention / promotion en milieu scolaire
- Maladies chroniques (asthme – adolescent)
- Tenue de dossier

Pour continuer d'améliorer la QUALITÉ nous prévoyons en 2012-2013 ...

- Aménager une aire de vie extérieure pour les résidents au CHSLD de Squatec.
- Poursuivre le projet « Initiative Amis des bébés ».
- Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail par l'actualisation du Programme de soutien clinique - Volet préceptorat à tout le personnel de soins de moins de 2 ans d'ancienneté.
- Poursuivre l'implantation des services partagés ressources humaines avec le CSSS des Basques : volet gestion des salaires et liste de rappel.
- Améliorer la gestion de la présence au travail en agissant sur le taux d'assurance salaire.
- Prioriser le recrutement : attraction, rétention du personnel par la révision du processus de dotation.

Pour une meilleure SÉCURITÉ nous avons ...

- Maintenu les programmes de surveillance des infections nosocomiales du C.Difficile, du staphylocoque auréus résistant à la méthicilline (SARM), de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ainsi que la surveillance globale.
- Mis en place un comité de gestion d'éclosion pour faire face, en concertation, aux diverses épidémies.
- Amélioré de 30% les taux de vaccination des employés contre l'influenza et ce particulièrement dans les centres d'hébergement.
- Participé à une analyse de type prospective en lien avec la gestion des produits immunisants.
- Complété les travaux d'implantation du Système Automatisé et Robotisé de Distribution des Médicaments (SARDM) à la pharmacie avec l'ensacheuse automatisée.
- Déployé les chariots unidoses à l'unité multi clientèle ainsi que dans les centres d'hébergement.
- Débuté les travaux sur l'établissement d'une politique d'intervention auprès d'une clientèle violente ou à risque de violence.
- Révisé l'offre de service et des pratiques dans le dossier de la garde sociale.
- Produit un sondage auprès du personnel dans le cadre la semaine de la confidentialité / sécurité de l'information afin de susciter une prise de conscience sur le sujet et d'identifier des pistes d'amélioration.
- Amélioré les locaux pour la préparation des produits stériles à la pharmacie à l'Hôpital suite à la visite de l'Ordre des pharmaciens.
- Procédé au nettoyage de tous les conduits de ventilation à l'Hôpital, en CHSLD et au CLSC de Pohénégamook afin d'améliorer la qualité de l'air et avons planifié la récurrence de ce nettoyage.
- Révisé les plans de mesures d'urgence.

Offert de la formation :

- Contentions
- Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)
- Réanimation cardio-respiratoire (RCR)
- Approche multidisciplinaire pour contrer les risques obstétricaux (AMPRO)

Pour continuer d'améliorer la SÉCURITÉ nous prévoyons en 2012-2013 ...

- Finaliser l'implantation du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).
- Poursuivre l'implantation du programme d'entretien préventif des équipements médicaux et du logiciel de maintenance de gestion assistée par ordinateur (GMAO).
- Identifier, analyser et éliminer les « zones grises » en hygiène et salubrité en priorisant l'Hôpital, le CLSC de Pohénégamook et les centres d'hébergement.
- Poursuivre l'achat de lits électriques en CHSLD afin d'assurer la sécurité et l'autonomie des résidents.
- Effectuer la mise aux normes des locaux et des équipements au service de stérilisation à l'Hôpital.
- Continuer de former le personnel sur les mesures d'urgence.

Résultats

Synthèse de l'offre de service de l'établissement
(Voir annexe A)

Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette

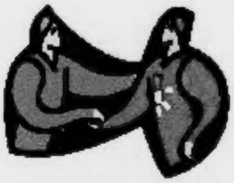
Dans la foulée des mesures d'optimisation exigée par le MSSS en lien avec la Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, le budget de l'établissement a été réduit en 2011-2012 de 66 258$ sur une base récurrente en lien avec la Loi 100. Cette loi vise principalement une réduction des dépenses administratives de 10% en 2013-2014 par rapport aux coûts de 2009-2010. De plus, une mesure d'optimisation de 72 196$ annualisée à 144 392$ nous a été exigée en termes d'efforts additionnels dans le cadre de la Loi 127 visant le retour à l'équilibre budgétaire du Gouvernement du Québec. Diverses mesures d'économies ont été mises en place afin de rencontrer les exigences gouvernementales et de respecter l'équilibre budgétaire de l'établissement au 31 mars 2012.

CSSS DE TEMISCOUATA

AGRÉMENT 2011-2012

En octobre 2011, le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par l'établissement à la suite de l'agrément avec condition qui lui a été attribué en mai 2010.

À la suite de cette revue, le comité a informé l'établissement que les conditions avaient été respectées. Le plan d'amélioration de la qualité du rendement avait été mis à jour de manière à démontrer la conformité aux exigences qui ont fait l'objet de l'évaluation.



Cette réalisation démontre l'engagement et la détermination dont notre organisme a fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Félicitations à tous pour les efforts déployés et l'engagement à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaires et de qualité élevée.

En 2012-2013, l'établissement entreprendra un nouveau processus d'agrément.

L'une des premières étapes du processus est l'autoévaluation qui consiste à évaluer différentes composantes de notre organisation; elle débutera en mai 2012.

La visite des experts d'agrément se déroulera en mai 2013.

CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Sécurité des soins et services

Afin de promouvoir de façon continue la déclaration des incidents / accidents, l'établissement a diffusé les statistiques plus régulièrement que par le passé. Les statistiques sont présentées au comité de gestion des risques à chacune des rencontres de ce comité mais elles sont dorénavant présentées à toutes les rencontres du comité de vigilance et de qualité.

Des rapports spécifiques sont également fournis aux gestionnaires. Les employés prennent connaissance des statistiques liées aux incidents et accidents par l'entremise du journal interne puisque les données qui apparaissent dans le registre national y sont diffusées. L'embauche de nouvelles infirmières et infirmières-auxiliaires, une présentation de la déclaration des incidents et accidents leur est faite.

Mesures de contrôles des usagers

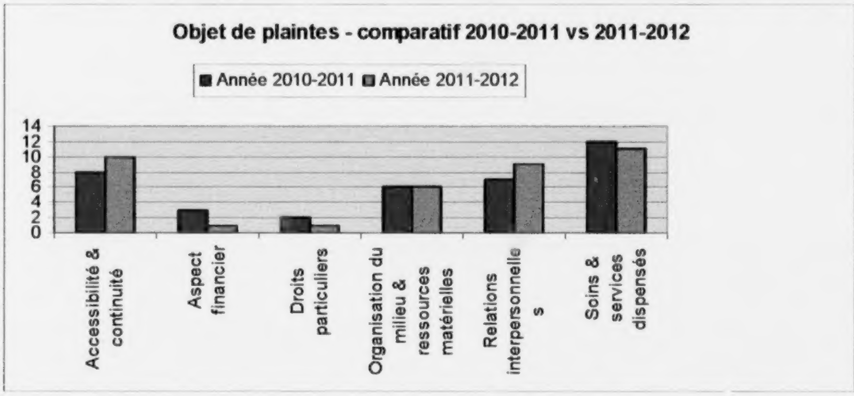
Le principal constat tiré de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers est que l'équipe est en révision constante des mesures de contrôle des usagers avec l'objectif d'en diminuer le nombre et privilégie la mise en place de mesures alternatives en collaboration avec l'ergothérapeute. Suite à la révision du cadre de référence en août 2011, le CSSS est à mettre en place un comité interdisciplinaire de révision des mesures de contrôle, comité qui relèvera du comité de vigilance et de la qualité. Une première rencontre aura lieu en mai 2012.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations d'un coroner et du Protecteur du citoyen

Nous avons donné suite aux recommandations du Coroner dans le dossier d'un résident décédé dans un autre CSSS en 2009 et dont la cause du décès par asphyxie avait été identifiée comme étant liée au système d'arrimage du « Bel Helper » aux lits du bénéficiaire. Notre établissement a procédé à une première vague de remplacement de lits dans les ressources intermédiaires et d'autres actions sont en cours actuellement.

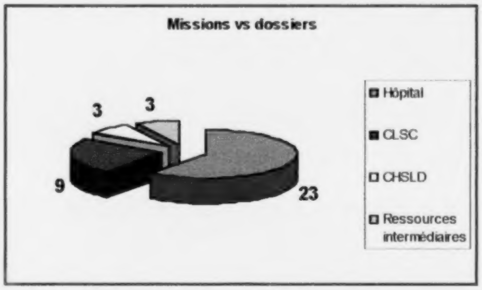
Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

38 dossiers ont été reçus par le commissaire.
Quatre dossiers ont été référés au médecin examinateur, dont deux dossiers sont allés au comité de révision.



Délai moyen de réponse :
Commissaire local : 23 jours

Médecin examinateur : 24 jours



Plaintes	Plaintes médicales	Assistances	Interventions
20	4	11	3

Propositions et actions porteuses de qualité présentées par le commissaire local

Rappel d'améliorer les communications avec l'usager et sa famille surtout lors de cheminement interservices (internes et externes).

Procédure visant à mieux identifier les répondants et / ou les représentants pour la clientèle en hébergement et clarification de leur rôle.

Révision de l'offre de services offerts aux usagers victimes d'un AVC.

Ajout de trois heures par jour (lundi au vendredi inclus) d'un médecin pour diminuer les délais d'attente de services médicaux à l'urgence de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac (depuis septembre 2011).

Modification dans les services à la petite enfance visant une implication plus grande des pères dans les programmes à la petite enfance (OLO et PSPJ).

Recommandations visant à améliorer le comportement et l'attitude des intervenants (6).

Que tout changement important dans l'offre de services, autant dans les services de santé comme tel, que dans les services auxiliaires soit précédé d'un plan de communication approprié pour sensibiliser la population au motif du changement à venir.

Évaluation de la satisfaction de la clientèle

L'établissement avait mis en place l'an dernier un comité *ad hoc* composé de représentants des usagers, du commissaire local aux plaintes, d'employés et de gestionnaires pour élaborer un sondage qualité et rédiger une procédure pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

La procédure a été rédigée et en fin d'exercice financier, les sondages d'appréciation de la qualité avaient été distribués de façon systématique à tous les usagers (ou leur famille) ayant reçu un soin ou un service durant la période de sondage soit les deux dernières semaines du mois de mars 2012.

Sur les 1700 sondages distribués, 933 sont revenus complétés pour un taux de réponse de 55%. La compilation des sondages et l'analyse des résultats se feront en avril et mai et la diffusion des résultats se fera par la suite à la population et aux différentes instances à compter du mois de juin 2012.

Conseils ou comités de l'établissement créés en vertu de la Loi

Liste des membres du conseil d'administration

Guy Raymond, président (Cooptation)
Charles-Aimé Bélanger, vice-président (Population)
Thérèse Viel, secrétaire et directrice générale

Administrateurs

Michel Bastille Fondation	Louise Labonté Population
Mélanie Mercure Conseil des infirmières et des infirmiers	Carole Deschênes Conseil Multidisplinaire
Sylvie Lebel Personnel non clinique	Dre Hala Hanna Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Norma Cyr Comité des usagers	Marcelle Morin Comité des usagers
Vincent Gosselin Nommé par l'Agence	Guildo Pelletier Nommé par l'Agence
Juliette Coté Cooptation	Nathalie Dubé Cooptation organismes communautaires
François Dumas Cooptation	Guy Leblanc Cooptation
Denis Moreau Cooptation	

Les Comités

Comité de vérification :	Michel Bastille	Vincent Gosselin
	Denis Moreau	Guy Raymond
	Gaston Madore, DSFTI	Thérèse Viel, DG
Comité d'évaluation du directeur général :		
	Juliette Coté	Louise Labonté
	Guildo Pelletier	Guy Raymond
Comité des ressources humaines :		
	Juliette Côté	Nathalie Dubé
	François Dumas	Sarah Lebel, DRH
	Thérèse Viel, DG	
Comité de gouvernance et d'éthique :		
	Charles-Aimé Bélanger	François Dumas
	Louise Labonté	Guy Raymond
	Thérèse Viel	

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Martine Breton,
Présidente volet CHSLD

Mélanie Plante,
Infirmière volet CLSC

Denise St-Pierre,
Présidente CECIIA

Carole Thibault,
Infirmière auxiliaire du CECIIA

Sheron Tremblay,
Infirmière volet CH

3 rencontres tenues en 2011-2012

Nous avons mis en place les activités réservées aux infirmières dans le cadre de la loi 90 :

Intraveineuse infirmière auxiliaire.

Présentation et acceptation sur notre document sur la loi 90 au CMDP.

Suivi sur les recommandations de l'OIIQ.

Priorités pour la prochaine année :

Poursuivre la procédure des audits cliniques.

Mettre en place les activités réservées aux infirmières dans le cadre de la loi 90.

Maximiser la visibilité du CECII.

Encourager les membres du personnel de soins à respecter le décorum professionnel.

Comité Paraclinique

Jean-Guy Beaulieu

Hélène Bossé, présidente

Véronique Bouchard

Caroline Gagné

Guylaine Dupont

Guylène Michaud

Sarah Lebel, directrice

Thérèse Viel, directrice générale

3 rencontres tenues en 2011-2012

Pour l'année 2011-2012, nous avons participé aux activités de valorisation des professions.

Les objectifs pour 2012-2013 sont :

Participer aux activités de valorisation des professions.

Poursuivre les actions d'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle des professions représentées par le CPC.

Poursuivre les activités du Sous-comité Confidentialité.

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

4 rencontres tenues en 2011-2012

Sherlyne Dionne, présidente par intérim

Lucie Marcotte, secrétaire

Caroline Brisebois

Suzanne Lebel

Nathalie Martel

Marie-Ève Martin

Denis Blais, directeur

Thérèse Viel, directrice générale

Pour l'année 2011-2012, nous avons travaillé sur :

Révision des règlements généraux du comité;

Plan d'action Agrément Canada;

Semaine de valorisation (psycho éducateurs et éducateurs spécialisés);

Projet de loi 21

Suggestions de priorités pour l'année 2012-2013

Suivi de l'application de la Loi 21;

Semaine de valorisation du personnel;

Suivi des plans d'action d'Agrément Canada

Dre Catherine Gagnon, Présidente

Dre Hélène Cambron, Vice-présidente

Dre Marieke Soucy, Secrétaire

Dre Caroline Rioux, Trésorière

Dre Marie-Claude de Brouwer

Dre Hala Hanna

Dre Linda Landry

Geneviève Sozio

Dr Richard Déry, directeur

Thérèse Viel, directrice générale

7 rencontres tenues en 2011-2012

En cours d'année, se sont ajoutés à notre équipe les Dre Anne-Claire Deschênes-Lapointe, omnipraticienne et Dr Nader Hanna, anesthésio-logiste. Ont quitté le CSSS comme membres actifs : Dre Hélène Marion et Dr Frédéric Boivin.

En septembre 2011, nous atteignions 88 % de notre plan régional d'effectifs médicaux avec 30 omniprati-ciens pour un besoin reconnu de 34 avec 1 ressource autorisée pour 2012.

Des efforts de recrutement sont déployés pour combler des postes en médecine interne, radiologie et en pharmacie surtout où les besoins sont criants. Une clinique de gynécologie s'est ajoutée aux consultations spécialisées sur place au printemps 2011 avec Dre Diane Plourde.

Dre Hala Hanna est maintenant la seule représentante du CMDP siégeant au nouveau conseil d'administration depuis 2012. Dr St-Hilaire a été nommé chef du service d'anesthésiologie et Dr Banet participe au comité d'éthique.

En septembre 2011, avait lieu l'ouverture officielle des locaux du GMF au site de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac ; par la suite a été organisée sur place par des omnipraticiens une clinique de chirurgie mineure qui est bien appréciée. En décembre 2011, les médecins du secteur de Pohénégamook ont élaboré une offre de service pour un GMF progressif que l'exécutif du CMDP a recommandé au conseil d'administration.

À l'automne 2011, le CMDP a vécu une situation difficile au niveau des services en médecine spécialisée. Une mobilisation des médecins et de l'exécutif, une collaboration étroite CMDP et comité de direction a permis d'en arriver à des solutions pour un service fonctionnel et de qualité. Suivra l'organisation des cliniques externes de chirurgie générale pour 2012. Ce modèle de résolution de problème a amené l'exécutif à faire la demande de rencontres régulières avec le comité de direction dont la fréquence est fixée à trois par année. Cette façon de faire permet l'échange d'information juste, l'identification de problèmes et/ou leur prévention, la mise en commun de solutions possibles et l'évaluation de leur faisabilité sur le champ et ce, dans un très bon climat.

Le guichet unique, cette année, se révèle encore des plus performants grâce à la collaboration de nos médecins. Pour l'année d'opération se terminant le 30 mars, 844 patients ont été référés à un médecin, une hausse de 88 % et seulement 201 sont en attente.

Les règlements généraux ont été révisés et adoptés en décembre 2011.

L'exécutif a procédé à la révision de la politique des corridors de service entre notre CSSS et celui de Rivière-du-Loup. Ont été révisées et approuvées plusieurs ordonnances collectives. Nous avons réitéré notre demande de ressource en échographie avec le succès que l'on connaît maintenant.

Cette année, par toutes ces démarches, nous sommes convaincus, comme CMDP, d'avoir contribué à l'amélioration des services médicaux à la communauté.

Marcelle Morin,
Présidente

Louise Gaulin,
Vice-présidente

Marcelle O. Malenfant,
Secrétaire

Norma Cyr

Jacques Morin

Pauline Tremblay

Lorraine Veilleux

6 rencontres tenues en 2011-2012

Pour l'année 2011-2012 les membres du comité des usagers ont eu la préoccupation que les services dispensés aux usagers soient de qualité, respectueux de leurs droits et leurs besoins.

Le comité a décidé de faire profiter notre CSSS de Témiscouata avec l'appui du conseil d'administration de notre surplus budgétaire de 33 300 $ au grand bonheur de beaucoup d'intervenants, de résidents et d'usagers, qui a facilité la tâche et agrémenté la vie de certains. La très grande collaboration de tous ceux qui ont travaillé à ce projet a été des plus appréciée et ce sont des usagers et des résidents de notre CSSS qui en ont profité. Nous en sommes très fiers.

Toutes les activités que vous allez prendre connaissance dans le rapport sont toujours en lien avec nos fonctions : Renseigner les usagers, promouvoir l'amélioration de la qualité, défendre les droits et intérêts collectifs, accompagner et assister un usager et s'assurer du bon fonctionnement de chacun des comités des résidents.

La boîte vocale pour rejoindre un membre du comité des usagers est toujours disponible en téléphonant au 418-899-0214, poste 10750. Laissez votre message et un membre vous rappellera dans les meilleurs délais. Durant l'année 2011-2012, quelques personnes nous ont contactées par la boîte vocale. Divers articles promotionnels du comité des usagers ont été distribués auprès de la population et les boîtes à suggestion sont toujours présentes dans les différents sites.

Nos priorités pour l'année 2012-2013 seront de continuer de faire connaître le comité (rôles et fonctions), offrir du support aux comités des résidents et participer à la compilation des questionnaires d'évaluation de la satisfaction de la clientèle du CSSS de Témiscouata.

En avril 2012, ce sera la période d'élection pour un mandat de trois ans au comité des usagers et des résidents. N'hésitez pas à poser votre candidature.

Avec appréciation, nous tenons à remercier la direction pour le support technique apporté au comité des usagers et des résidents. Merci à tous les membres du comité des usagers et des résidents, votre appui et disponibilité sont très importants. Merci aussi au commissaire aux plaintes, aux médecins, aux membres du conseil d'administration et à tout le personnel pour la bonne collaboration.

Nous avons le même souci, celui que l'usager reçoive des soins et des services de qualité.

Notre raison d'être demeure toujours *« Le respect des droits des usagers »*.

Comité de vigilance et de la qualité

MEMBRES DU COMITÉ

Nathalie Dubé,
membre du CA

Guy Leblanc,
membre du CA

Marcelle Morin,
membre du CA

Vallier Daigle,
commissaire local aux plaintes

Thérèse Viel,
directrice générale

4 rencontres tenues en 2011-2012

Les membres du comité ont :

- procédé à la révision du règlement du comité de vigilance;
- assuré le suivi des recommandations d'Agrément Canada tout en étant informés des divers éléments de conformité à répondre;
- pris connaissance des recommandations émises par l'ordre des technologues en radiologie du Québec et se sont tenus informer pour que les 18 actions considérées comme à améliorer soient menées;
- appuyé la démarche d'élaboration d'un questionnaire de mesure du degré de satisfaction de la clientèle;
- accordé un suivi particulier aux recommandations émises par les visiteurs de l'équipe ministérielle dans les Centres d'hébergement de Rivière-Bleue et Squatec;
- pris connaissance et pris position à l'égard des recommandations suivantes :
  - Une analyse plus exhaustive du mode de dispensation des services médicaux, en particulier des délais d'attente à la Clinique médicale de Squatec, à l'urgence de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac et au CLSC de Dégelis;
  - La priorisation du plan d'aménagement (plan fonctionnel et technique – PFT) à l'urgence de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac afin d'assurer un meilleur suivi des usagers s'y présentant;
  - La désignation d'un chargé de projet pour l'implantation de tout projet d'envergure présentant des possibilités d'impact sur plus d'un service.

Lors des rencontres, le commissaire local a présenté un rapport complet sur la nature des plaintes et les suivis apportés. Tout rapport présenté au conseil d'administration était préalablement évalué par le comité.

Les membres ont manifesté de l'intérêt afin que Mme Cathy Deschênes, gestionnaire des risques et de la qualité, participe à toutes les rencontres du comité et ce à titre de personne invitée. À chaque occasion, Mme Deschênes fait part aux membres des principales activités et recommandations émises par le comité de gestion des risques.

Suite aux élections des membres du conseil d'administration tenues à l'automne et à l'hiver derniers, il y eut remplacement de deux nouveaux membres délégués au comité de vigilance, soit Mme Nathalie Dubé et M. Guy Leblanc, en remplacement de Mmes Catherine Després et Louise Labonté. Nous profitons de l'occasion pour remercier Mmes Després et Labonté pour leur implication et collaboration à l'avancement des travaux du comité de vigilance.

Comité de gestion des risques

Sujets discutés

5 rencontres tenues en 2011-2012

Statistiques des incidents et accidents
Suivi des évènements de gravité de E2 à I
Suivi des alertes reçues
Surveillance des infections nosocomiales

MEMBRES DU COMITÉ

Cathy Deschênes, Gestionnaire de la qualité, des risques et projets

Dr Joan Banet, médecin

Diane Beaulieu, Chef de programme-volet hébergement

Sylviane Caron, Technologiste de laboratoire

Sylvie Dionne, Pharmacienne

Guylaine Dupont, Agente administrative en CHSLD

Manon Gariépy, Conseillère clinique

Patrice Labrosse, Conseiller en santé et sécurité au travail

Marcelle Morin, Présidente du comité des usagers

Sylvie Pelletier, Infirmière

Anne Saint-Pierre Conseillère en prévention des infections

Lorraine Veilleux, Membre comité des usagers

Évènements « sentinelle»

Nécessitant des mesures correctives : 10
Recommandations adressées au comité de vigilance et de la qualité suite à l'analyse des évènements : 2

Analyse prospective effectuée en cours d'année

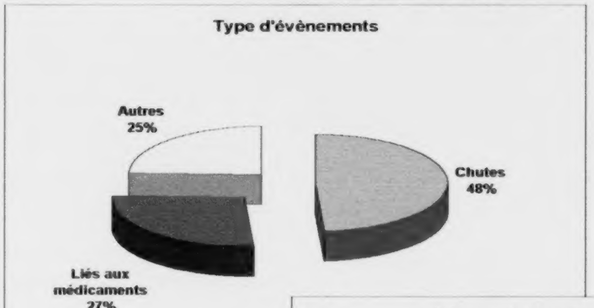
Gestion des inventaires de vaccins

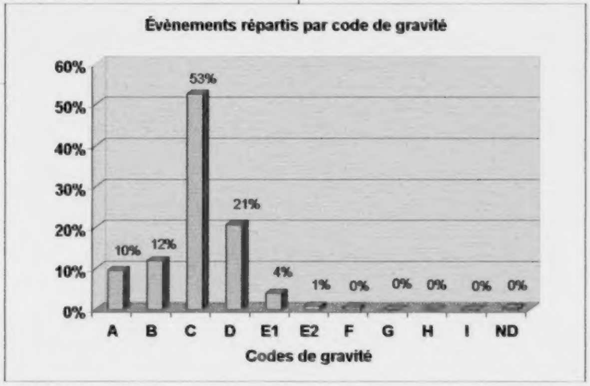
L'an prochain le comité veut se pencher sur l'application variable de certaines politiques dans l'organisation afin de présenter des recommandations au comité de vigilance et de qualité. Les dossiers sur lesquels le comité se penchera en priorité sont : la politique d'identification des employés et la politique sur la tenue vestimentaire.

Nouveauté cette année

Publication du Registre National des incidents et accidents par le MSSS deux fois par année, en décembre et en juin.

Événements indésirables





Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales

Faits saillants
Au CSSS de Témiscouata, aucun cas de Diarrhée Associée au *Clostridium Difficile* (DACD) d'origine nosocomiale n'est apparu durant 15 périodes administratives consécutives, soit du 1er avril 2010 au 22 mai 2011.

MEMBRES DU COMITÉ

Dr Joan Banet, Médecin

Diane Beaulieu,
Chef de programme-volet hébergement

Natasha Beaulieu,
Infirmière en soutien à domicile

Dr Jacques Christian Brault, Médecin

Sylvie Deschamps,
Assistante chef au laboratoire

Mario Deschênes, Chef des services techniques (volet hygiène et salubrité) et de la sécurité

Manon Gariépy,
Conseillère clinique en soins infirmiers,
Responsable de la prévention des infections nosocomiales

Patrice Labrosse,
Conseiller en santé et sécurité au travail

Dre Danielle Moisan,
Microbiologiste infectiologue consultante

Dre Jacqueline Morissette, Médecin

Johanne Morneau, Infirmière assistante au bloc opératoire

Anne Saint-Pierre,
Infirmière conseillère en prévention des infections nosocomiales,
Présidente du comité

Pierre Thibault,
Chef des services hospitaliers

Vivianne Treyvaud, Responsable des urgences et de la courte durée

Deux rencontres formelles en 2011-2012,
Quatre rencontres spéciales pour la gestion d'éclosion d'*influenza et de virus respiratoire de janvier à mai 2011 dans les CHSLD en collaboration avec le comité de gestion des risques,*
Huit rencontres du comité ad hoc de gestion d'éclosion de *Clostridium difficile en février 2012 en courte durée.*

Sujets abordés

Diffusion des données de surveillance

Comité spécial de gestion : haut taux d'isolement en soins de courte durée en janvier 2012

Comité *ad hoc* de gestion d'éclosion de *Clostridium difficile en février 2012*

Mesure de prévention et surveillance des ERV (entérocoques résistants à la vancomycine)

Surveillance et mesure de prévention contre la rougeole

Promotion de la vaccination antigrippale des employés par la santé et sécurité au travail

Recommandation du comité à la direction générale et aux directions ciblées
Mesures spéciales pour la prévention de l'influenza en centre d'hébergement et de soins de longue durée en mars 2012.

Types de surveillance

- SPIN–DACD, bactériémies totales, à SARM et SA

(Surveillances Provinciales des Infections Nosocomiales obligatoires),

- Surveillance régionale de la colonisation au SARM (Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline)

- Surveillance globale :
 - des infections urinaires,
 - des bactériémies sur cathéters centraux,
 - des pneumonies.

- Surveillance des infections de sites chirurgicaux

Surveillance du risque infectieux :

Outil de suivi et de surveillance du risque infectieux en continu de l'urgence et de la courte durée.

Prévention et gestion d'éclosions en collaboration avec la DSP du Bas st-Laurent :

De virus respiratoires, d'influenza, de gastro-entérite en centre d'hébergement et de soins de longue durée,

De SARM, de gastro-entérite, d'influenza, de *Clostridium difficile, d'ERV et tout autre microorganisme émergeant* en courte durée.

Formation des employé (e) s :

Cohortes de nouveaux employés de tous types d'emplois (1h),

Employés des secteurs cliniques (2h),

Midi-cliniques : mesures de prévention contre les rhumes, grippe et gastro-entérite en milieu de soins et dans la communauté,

Formation (1h) sur la politique et procédure lors de travaux de construction en milieu de soins pour les sous-contractants avec le chargé de projet.

Partenaire : Table régionale en prévention des infections nosocomiales région - 01 (6 rencontres annuelles)

Participation de la conseillère aux sous – comités de travail :

Attribution des zones grises,

Logiciel de compilation des données d'observance pour le Défi national de l'hygiène des mains,

Adaptation du cadre de référence et du plan d'action ministériel pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Données de surveillance comparatives
Diarrhée associée au clostridium difficile (DACD)

Année financière 2011-2012	Nombre de DACD nosocomiale brut	Taux moyen 10 000 jrs-présence
CSSS de Témiscouata	5	5,9
Région 01 Bas-Saint-Laurent	127	10,2
Province de Québec	3773	7,3

Ressources humaines de l'établissement

Note 1 :

Effectif de l'établissement

	Exercice en cours	Exercice précédent
Les cadres : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	12	13
- Temps partiel		
Nombre de personnes	6	6
Équivalents temps complet	4	4
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	198	198
- Temps partiel		
Nombre de personnes	206	204
Équivalents temps complet	120	120
- Nombre d'employés en stabilité d'emploi	0	0
Les occasionnels (Personnel non détenteur de postes) :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	128 067	145 181
- Équivalents temps complet	70	79

Cat 1 - Syndicat des professionnels en soins infirmiers et respiratoires du Témiscouata (CSN) - Martine Breton
Cat 2 - Syndicat des travailleurs et travailleuses de la santé du Témiscouata (CSN) - Jean-Guy Beaulieu
Cat 3 - Syndicat des employés de bureau de la santé du Témiscouata (CSN) - Annick Pauzé
Cat 4 - Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) - Renée Marchand

États financiers et analyse des résultats des opérations

Extrait du rapport financier annuel de l'exercice terminé le 31 mars 2012
Vérifié par Raymond Chabot Grant Thornton

État des revenus et des charges

Fonds d'exploitation	2011-2012	2010-2011
REVENUS		
Agence ou Ministère de la santé et des services sociaux	33 434 486 $	31 099 683 $
Usagers	2 492 596 $	2 632 570 $
Ventes et services	71 970 $	70 003 $
Recouvrements	233 552 $	231 516 $
Autres	85 938 $	74 328 $
TOTAL	36 318 542 $	34 108 100 $
NATURE DES CHARGES		
Salaires	18 256 816 $	17 371 687 $
Avantages sociaux	5 074 009 $	4 864 209 $
Charges sociales	2 834 155 $	2 650 775 $
Médicaments	1 135 016 $	1 153 264 $
Produits sanguins	380 596 $	390 304 $
Fournitures médicales et chirurgicales	720 573 $	678 637 $
Denrées alimentaires	418 224 $	419 149 $
Autres	7 201 316 $	7 090 425 $
TOTAL	36 020 705 $	34 618 450 $
SURPLUS OU (DEFICIT)		
Activités principales	297 837 $	(510 350 $)
Activités accessoires	6 831 $	7 651 $
Excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation	304 668 $	(502 699 $)

Bilan du fonds d'exploitation

Actif	2011-2012	2010-2011
Encaisse	585 758 $	515 850 $
Comptes à recevoir	1 947 016 $	1 604 357 $
Charges payées d'avance	355 800 $	336 248 $
Stocks	354 032 $	335 792 $
Autres éléments d'actifs	188 531 $	176 746 $
Créances interfonds	19 305 $	320 106 $
Subvention à recevoir – réforme comptable	2 605 326 $	2 605 326 $
Total	6 055 768 $	5 894 425 $
Passif		
Comptes à payer	5 274 548 $	5 221 288 $
Dettes interfonds	0 $	0 $
Revenus reportés	712 390 $	947 008 $
Autres éléments du passif	266 861 $	228 828 $
Total du passif	6 253 799 $	6 397 124 $
Solde du fonds	(198 031 $)	(502 699 $)
Total du passif + solde du fonds	6 055 768 $	5 894 425 $

Extrait du rapport de l'auditeur indépendant

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de santé et de services sociaux du Témiscouata. À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes de fondement de l'opinion avec réserves, les états financiers donnent, dans tous les aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata au 31 mars 2012 ainsi que les résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Conformément à l'article 293 sur la Loi sur les services sociaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses, aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport annuel, aux définitions contenues dans le manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Denis Dionne C.A.
Comptable agréé
Raymond Chabot Grant Thorton SENCRL

STATISTIQUES

VOLET HÔPITAL (CH)				
ACTIVITÉS	2011-2012		2010-2011	
	Lits au permis	*Lits dressés*	*Lits au permis*	*Lits dressés*
	35	25	35	25
Usagers admis	1 301		1 219	
Taux d'occupation	95,97%		96,92%	
Durée moyenne de séjour	7,53		7,65	
SERVICES	**Unités de mesure 2011-2012**		**Unités de mesure 2010-2011**	
Imagerie médicale CH + CLSC (l'unité technique)	338 567		321 948	
Électrophysiologie (l'unité technique)	135 152		141 576	
Urgence CH + CLSC (le nombre de visites)	31 102		31 126	
Tomodensitométrie	81 928		84 885	
Laboratoire CH + CLSC (la procédure pondérée)	1 162 360		1 035 490	
Inhalothérapie (l'unité technique provinciale)	144 831		123 905	
Physiothérapie CH + CLSC (le jour-traitement)	7 172		5 953	
Ergothérapie (le jour-traitement)	1 119		1 474	
Bloc opératoire (heure-présence de l'usager)	756		724	
Médecine de jour (le jour-traitement)	4 460		3 855	
Médecine et chirurgie (le jour-présence)	8 447		8 591	
Chirurgie d'un jour (le nombre d'usagers)	284		234	
Consultations externes spécialisées (la visite)	5 914		6 097	
Service alimentaire (jour repas)	193 306		196 232	
Services sociaux (CH & CHSLD) (l'usager)	223		260	
Buanderie (kilogramme de linge souillé)	288 616		284 318	
Nouveaux-nés admis durant l'année	95		79	

VOLET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)				
ACTIVITÉS	**2011-2012**		**2010-2011**	
Établissements	**Lits dressés**	**% d'occupation**	**Lits dressés**	**% d'occupation**
Centre d'hébergement de Squatec	24	95.86%	24	96,35%
Centre d'hébergement de Saint-Louis	43	94.45%	43	96,58%
Centre d'hébergement de Rivière-Bleue	44	92.94%	44	97,65%
Taux combiné	**111**	**94.16%**	**111**	**96,95%**
	Usagers	Le jour-présence	Usagers	Le jour-présence
Hébergement temporaire	39	656	28	456
Centre de jour (les usagers)	59		62	

VOLET CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)				
	2011-2012		**2010-2011**	
SERVICES	**Nombre d'usagers**	**Interventions**	**Nombre d'usagers**	**Interventions**
Services psychosociaux jeunes en difficulté	787	3 850	702	3 790
Services ambulatoires santé mentale 1ère ligne	241	1 687	256	1 826
Soins infirmiers à domicile	902	9 452	841	9 298
Services de santé courants	1 662	6 395	2 465	8 078
Santé parentale et infantile	1 133	3 373	1 102	3 168
Aide à domicile	231	8 100	239	7 923
Inhalothérapie à domicile	50	189	60	255
Services dentaires préventifs	121	148	154	162
Services psychosociaux à domicile	428	1 697	449	1 824
Services psychosociaux – autres	486	1 729	425	1 578
Psychologie	75	409	85	474
Prévention et protection de la santé publique	3 499	3 727	3 092	3 214
Services en milieu scolaire	1 161	2 552	1 329	2 756
Orthophonie pour enfants en CLSC	69	209	75	262
Nutrition	377	649	417	638
Ergothérapie et physiothérapie à domicile	409	2 347	387	1 918
TOTAL	**11 631**	**46 513**	**12 078**	**47 164**

GESTION DES PLAINTES					
Année	**Plaintes en traitement au début de l'exercice**	**Plaintes reçues durant l'exercice**	**Plaintes conclues durant l'exercice**	**Délai moyen pour conclure un dossier**	**Plaintes en traitement à la fin de l'exercice**
2010-2011	CLQ* :0	20	20	28 jours	0
	ME :1	8	9	27 jours	0
2011-2012	CLQ* :0	20	19	23 jours	1
	ME :0	4	4	24 jours	0
*CLQ : Commissaire Local à la Qualité des services			*ME : Médecin Examinateur		

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;

3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;

4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;

5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;

6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;

7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;

8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

9. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;

10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

1. Les mesures de prévention

1.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;

1.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;

1.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

1.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

1.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;

1.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;

1.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

1.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

2. L'identification des situations de conflits d'intérêts

2.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;

2.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

2.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;

2.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

2.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration:

- Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
- N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

2.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
2.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

3.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
3.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
3.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
3.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

4.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;
4.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
- Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle.

PUBLICITÉ DU CODE

- L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;
- L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- Le rapport annuel de l'établissement doit faire état du nombre et de la nature des signalements reçus, du nombre de cas traités et de leur suivi, de leurs décisions ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Référence : Association des hôpitaux du Québec – Guide « Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration des établissements de santé et des services sociaux – 1997 » élaboré par e Ghislaine Gosselin, avocate et directrice des affaires juridiques de l'AHQ, Me Sylvain Poirier, avocat-associé, ainsi que Madame Johanne de Champlain, juriste, membre de l'équipe de droit de la santé du cabinet Heenan Blaikie qui en ont assuré la rédaction.

Fondation de la Santé du Témiscouata

Chers amis,

La Fondation de la santé du Témiscouata a connu une très bonne année financière, même si les résultats affichés ci-bas ne démontrent que des résultats partiels. Comme notre année financière débutait le 1er juillet 2011 et se terminera le 30 juin 2012, les revenus cumulés au 30 mars sont de **170 394 $** et à partir de ces mêmes revenus, une somme de **37 639 $** a été affectée à l'achat d'équipements pour tout le réseau. De ce montant, 2 300 $ ont été investis pour des équipements destinés à des clientèles spécifiques du CSSST. D'ici la fin de notre année financière, d'autres sommes seront investies, pour un montant supplémentaire d'environ **130 000 $.**

L'augmentation des revenus comparativement à 2010-2011 provient principalement de deux legs testamentaires, totalisant **91 804 $**. Ces sommes seront réinvesties en totalité dans l'achat d'équipements. Nous désirons remercier de tout cœur ces deux généreux donateurs, qui ont choisi de redistribuer leurs biens au sein de la collectivité.

La campagne Cartes de membre débutait le 1er mars cette année et a rapporté à ce jour, 15 805 $. Les dons continuent d'entrer. Les billets du Club Voyage 500, édition 2011-2012 ont été vendus en totalité (500 billets) et ont généré des revenus nets de 35 341 $. De plus, les dons funéraires ont rapporté à ce jour, la somme de 4 393 $. Nos Gouverneurs nous ont offert en dédicace 14 954 $. Le Banquier de la Fondation a rapporté des revenus nets d'environ 15 000 $. Les enfants des écoles primaires du Témiscouata ont amassé la somme de 2 505 $, lors de la collecte de sous de l'Halloween. La vente d'articles promotionnels et les activités diverses ont rapporté en date du 30 mars, 1 204 $. Les revenus de Lotomatique ont rapporté 1 205 $. Finalement, comme la date de la 13e édition du tournoi de golf de la SQ n'est pas encore déterminée, nous ne pouvons pas la comptabiliser.

La mission première de la Fondation de la santé du Témiscouata est l'achat d'équipements médicaux et en ce sens, nous avons terminé le paiement de l'appareil à anesthésie en 2011, pour un total de 125 000 $. L'achat des équipements suivants est prévu, au cours des années 2012-2013-2014 et ce, pour un total de **315 508 $**. Voici la liste des équipements qui seront achetés en priorité.

Priorité	Programme	Département	Description	Quantité	Coût unitaire	Coût total
1	Personnes âgées	CHSLD	Lits électriques	10	3 000 $	30 000 $
1	Personnes âgées	CHSLD	Lits électriques bariatriques	3	17 000 $	51 000 $
1	Personnes âgées	Centre de jour	Hydrocollator	1	1 795 $	1 795 $
1	Personnes âgées	Soins à domicile	Surmatelas de cellules ROHO, avec base	1	2 880 $	2 880 $
1	Soins et services médicaux	Cliniques spécialisées + bloc	Clarus Vidéo System	1	7 955 $	7 955 $
1	Soins et services médicaux	CH	Biliblanket - système de photothérapie	1	4 851 $	4 851 $
1	Soins et services médicaux	Unité multi + urgence + MDJ	Vein Viewer Vision	1	16 000 $	16 000 $
1	Service de réadaptaion	CH	Table de travail hydraulique à station debout	1	4 810 $	4 810 $
1	Services diagnostics	Laboratoire - CH	Mini-Vidas	1	14 400 $	14 400 $
1	Santé communautaire	CLSC	Bilirubinomètre	5	7 403 $	37 015 $

Nous tenons à souligner la participation exceptionnelle de la population du Témiscouata, lors de toutes nos activités de financement, ainsi que l'appui inconditionnel de nos précieux partenaires. Nous les remercions de tout cœur, pour leur fidélité et leur dévouement à notre cause.

Michel Bastille, président
Fondation de la Santé du Témiscouata

Lucie Michaud, directrice
Fondation de la Santé du Témiscouata

Annexe A

BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012

Commentaires

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)
Nous avons amorcé à l'automne 2011 une démarche de révision complète de la tâche des infirmières en milieu scolaire. Au court de cette démarche, nous avons effectué des sondages auprès de toutes les directions d'école du territoire pour évaluer les besoins de leurs clientèles.

Suite à cette démarche de consultation, et ayant en tête nos objectifs au niveau de la prévention/promotion, nous avons présenté une programmation concertée aux directions d'écoles lors de 2 rencontres tenues le 15 et le 23 mai 2012.

Cette concertation va tout à fait dans le sens de l'approche d'École en santé puisqu'elle répondra aux besoins particuliers de chacun des territoires. Nous avons prévu que nos infirmières participent aux comités déjà en place, mais d'un commun accord avec la commission scolaire, nous ne mettrons pas en place de comité supplémentaire puisque notre nouvelle procédure de programmation y répond parfaitement.

À la fin de l'année scolaire 2012-2013 nous avons prévu évaluer ce projet et procéder de la même façon d'année en année. C'est donc dire que 100% de nos écoles ont adopté avec nous une approche École en santé.

1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais
et
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais
Pour respecter et atteindre les résultats au niveau de ces deux objectifs il faut s'assurer de respecter en tous points les délais d'octroi des vaccins. Or, dans une région comme la nôtre, il n'est pas simple d'y arriver puisque nous devons planifier des cliniques de vaccination à dates fixes. Cette réalité a comme effet que les enfants peuvent recevoir un vaccin un peu après la date inscrite dans le protocole, mais ce qui n'empêche pas que le jeune est quand même immunisé. Nos taux de vaccination au Témiscouata sont exemplaires.

1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)
Comme discuté lors de notre rencontre avec l'agence le 28 mai dernier sur le continuum de service pour les adultes/ainés il faut trouver d'autres indicateurs que le nombre de clients suivi en CSSS pour évaluer nos services. Cette façon de faire est inadéquate et va totalement dans le sens contraire de l'importance des réseaux locaux de services que l'on veut revitaliser. Si notre CSSS n'atteint pas les niveaux prescrits c'est peut-être dû à un excellent réseau local qui apporte aide et support aux personnes dans le besoin. Certes nous sommes en dessous des attentes pour ce service, mais nous sommes à 130% pour le programme famille enfance jeunesse. Notez que nous ne sommes pas en liste d'attente pour ce programme.

1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services
Notre degré d'implantation du projet RSIPA est de 55,87.

1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe
Commentaires à venir

1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique
Commentaires à venir

1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique
Commentaires à venir

1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique
Commentaires à venir

1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle
Commentaires à venir

1.45.05.02-PS Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED
Commentaires à venir

1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services
La situation respecte présentement l'entente de gestion. Nous avons 1.8 etc. psychoéducatrice sur ce programme, soit pour une capacité d'environ 32 dossiers en suivi. Nous en avons présentement 25.

1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)
Comme discuté lors de notre rencontre avec l'agence le 28 mai dernier sur le continuum de service pour les adultes/ainés, il faut trouver d'autres indicateurs que le nombre de clients suivi en CSSS pour évaluer nos services. Cette façon de faire est inadéquate et va totalement dans le sens contraire de l'importance des réseaux locaux de services que l'on veut revitaliser. Si notre CSSS n'atteint pas les niveaux prescrits c'est peut-être dû à un excellent réseau local qui apporte aide et support aux personnes dans le besoin. Certes nous sommes en dessous des attentes pour ce service, mais nous sommes à 130% pour le programme famille enfance jeunesse. Notez que nous ne sommes pas en liste d'attente pour ce programme.

1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus
On a intégré l'outil de dépistage de clientèle vulnérable à l'urgence depuis janvier 2012 avec un outil de suivi pour l'évaluation positive de même qu'identifié l'intervenante pivot pour assurer les suivi avec les accueils sociaux du CLSC.

1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus
et
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière
Un suivi serré est réalisé et ce tous les jours de la semaine et la fin de semaine afin de stimuler l'ensemble des équipes des urgences à procéder à l'orientation des clientèles le plus adéquatement possible.

1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)
Commentaires à venir

3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées
Les absences en assurance salaire ont davantage touchées des personnes détenteur de postes à temps complet.

4.0 Urgences (Désencombrement)
Nous sommes à revoir l'offre globale de service de la personne âgée. Et particulièrement revoir les mécanismes d'accès à l'hébergement. Une activité de type Kaizen sera réalisée en septembre pour trouver les pistes de solutions potentielles.